



ການຕັດສິນໃຈຄວາມພິການດ້ານພະຍາບານ

MEDICAL DISABILITY DECISION

DSHS 14-144A(X)

ຄໍາແນະນຳ
INSTRUCTIONS

ການຕັດສິນໃຈຄວາມພິການດ້ານພະຍາບານໃບຟອມຂອງກົມ (DSHS 14-144A(X), ແມ່ນລາຍງານຄວາມພິການ, ຫລັກຖານພະຍາບານ ແລະ ປະຫວັດເຮັດວຽກຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ສື່ງໄປເຫັນ ຫ້ອງການພິຈາຮນາບໍລິການດ້ານພິການ (DDS) ສໍາລັບການພິຈາຮນາເບື່ງຄວາມພິການ.

ພະນັກງານບໍລິການເລັ້ມເຮັດໃບຟອມຂອງກົມ (DSHS 14-144A(X). ພະນັກງານບໍລິການຄວນໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າມີຊື່ພະນັກງານ, ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ (ແວວັດຝຣ) ແລະ ເລກໂທຮະສັບ ໄດ້ຂຽນໃສ່ໃນໃບຟອມ.

ບັນທຶກການບໍລິການພະນັກງານເຮັດວຽກ: ສະບັບເດີມເອົາໃຫ້ຫ້ອງການ (DDS) ແລະ ເອົາໃສ່ໃນແຟມເອກະສານບໍລິການ ເນື້ອສິ່ງກັບຄືນມາ.

1. ພະນັກງານເຮັດວຽກໃຫ້ປະກອບຫົວຂໍ້ເຝື້ອບອກຊື່, ເລກໂຊໂຊ (SSN) ແລະ ເງື່ອນໄຂຄວາມພິການຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.
2. ພະນັກງານເຮັດວຽກອາດຊ່ວຍຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບ ພາກທີ 1 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ. ວັນທີບໍ່ຈະເປັນຕ້ອງຖືກຕ້ອງແຫ້, ແຕ່ຄວນອອກເດືອນ ແລະ ປີ.
3. ພະນັກງານບໍລິການອາດຊ່ວຍຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບ ພາກທີ 2 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບັນທຶກດ້ານພະຍາບານຂອງທ່ານ. ມັນຈະເປັນຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງບອກທ່ານໜີ ແລະ ລາຍການນູ່ປົ້ນປົ້ນຢືນຢັນທີ່ເປັນໄປໄດ້.
4. ພະນັກງານອາດຊ່ວຍຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບ ພາກທີ 3 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບກົດກັນຂອງທ່ານ. ພະນັກງານບໍລິການຄວນຫວນຄືນເບິ່ງລາຍລະອຽດເຝື້ອໃຫ້ແນ່ໃຈຄວາມຈຳກັດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອບອກຢ່າງແຈ່ງແຈ້ງ.
5. ພະນັກງານບໍລິການອາດຊ່ວຍຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບ ພາກທີ 4 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ. ມັນຄວນຖືກໝາຍເຫດໄວ້ຖ້າຫ້ອງຮຽນຂອງໂຮງຮຽນໄດ້ເຂົ້າຫ້ອງຮຽນສຶກສາພິເສດ.
6. ພະນັກງານບໍລິການອາດຊ່ວຍຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອປະກອບ ພາກທີ 5 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວຽກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັດ. ນາຍຈ້າງສ່ວນບຸກຄົນບໍ່ຄວນຂຽນເສື່ອໄວ້, ອະນິດຂອງທຸຮະກິດເທົ່ານັ້ນ.

ລາຍງານຄວາມພິການ
ການຕັດສິນໃຈຄວາມພິການດ້ານພະຍາບານ
DISABILITY REPORT
MEDICAL DISABILITY DECISION

ໃບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກປະກອບໄດ້ພະນັກງານບໍລິການສັງຄົມ ຮະຫວ່າງສຳພາດກັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ. ກະຊຸມາຂຽນ, ພິມ, ຫລື ຂຽນໃຫ້
ແຈ່ນແຈ້ງ ແລະ ຕອບຖຸກຂໍ້ຕາມຄວາມສາມາດຂອງທ່ານ. ຕອບຖຸກຄໍາຖາມ. ປະກອບຄໍາຕອບຊ່ວຍການກະທຳທີ່ຮຽກຮ້ອງເອົາ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນແນ້ມຜົນຕອບຄໍາ
ທານໃດໆໃນໃບຟອມນີ້, ຊັ້ນທີ່ກິ່ງນີ້ເຊື້ອແນ້ມ.

1. ຂື່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ	2. ເລກໄຊໄຊ	3. ເລກໂທຮະສັບ (ຜ້ອມທັງ ເອເລີ່ມໄໂຄດ) ()
4. ເງື່ອນໄຂດ້ານພິການຂອງທ່ານຢ່າງໃດ? ອະທິບາຍທັງໝົດດ້ານບາດເຈັບ ຫລື ເຈັບໄຂ້ທີ່ປຸດທ່ານຈາກການຮັດວຽກ.		

ພາກທີ 1. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ

1. ວັນທີໄດ້ທີ່ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານລົບກວນທ່ານ ເທື່ອທຳອິດ

ເຕີອນ ວັນທີ ປີ
ແມ່ນ ບໍ່

2A. ທ່ານໄດ້ຮັດວຽກ ຫລັງຈາກ ວັນທີຂອງກູ້ຂໍ 1 ຂ້າງເທິງບໍ່? ຖ້າທ່ານຕອບ ບໍ່, ຕໍ່ໄຂ (3A) ແລະ (3B). ທາງລຸ່ມ.

2B. ຖ້າທ່ານຕອບ ແມ່ນ ຕໍ່ຂໍ (2A) ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານເປັນເຫດໃຫ້ທ່ານປ່ອນບໍ່:

ວຽກ ຫລື ຜ້າທີ່ວຽກຂອງທ່ານ?
ຊົວໃນງານຮັດວຽກຂອງທ່ານ?
ການນາຂອງທ່ານ?
ມີສິ່ງໃດອີກບໍ່ກ່ຽວກັບວຽກຂອງທ່ານ?

2C. ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ຕໍ່ຂໍ (2B) ອັນໄດ, ອະທິບາຍໃນສະພາບການຮັດວຽກຂອງທ່ານຖືກປ່ອນແປງປ່າງໃດ, ວັນທີທີ່ເກີດຂຶ້ນ ແລະ ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ
ທີ່ໄດ້ຮັດການປ່ອນແປງທີ່ຈໍາເປັນນີ້ຢ່າງໃດ:

3A. ເນື່ອໃດເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານຮັດໃຫ້ທ່ານປຸດຮັດວຽກຂັ້ນສຸດທ້າຍ?

ເຕີອນ ວັນທີ ປີ

3B. ອະທິບາຍວ່າດຽວນີ້ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ຮັດວຽກງານຢ່າງໃດ:

ພາກທີ 2. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບັນທຶກດ້ານພະຍາບານຂອງທ່ານ

1. ຂຽນລາຍລະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່ ກ່ຽວກັບທ່ານໝໍຜູ້ທີ່ມີບັນທຶກດ້ານພະຍາບານກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂ
ຄວາມບໍ່ສາມາດຂອງທ່ານ:

ພາຍໃບນີ້ ຖ້າຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ
ບໍ່ມີທ່ານໝໍ.

ຊື່ທ່ານໝໍ	3. ເລກໂທຮະສັບ (ຜ້ອມທັງ ເອເລີ່ມໄໂຄດ) ()	ທ່ານພົບທ່ານໝໍນັ້ນແລ້ວຢ່ານໃດ?
-----------	--	------------------------------

ບ່ອນຢູ່

ວັນທີ ທຳອິດ ທີ່ທ່ານພົບທ່ານໝໍນັ້ນ

ການເຈັບໄຂ ຫລື ບາດເຈັບຂຶ້ງທ່ານມີໄດ້ກວດເບີງ ຫລື ປື້ນປົວຢ່າງໃດ

ວັນທີ ສຸດທ້າຍ ທີ່ທ່ານພົບທ່ານໝໍນັ້ນ

ຊະນິດຂອງການປື້ນປົວ ຫລື ປາທີ່ໄດ້ຮັບ (ຜ່າຕັດ, ການວາງປາເຄມີ, ການສ່ອງແສງຮັງສີ, ແລະ ປາທີ່ທ່ານກິນສໍາລັບເຈັບໄຂ ຫລື ບາດເຈັບ, ຖ້າຮູ້.
ຖ້າບໍ່ໄດ້ປື້ນປົວ ຫລື ປາ, ຂຽນ ບໍ່ມີ.

ພາກທີ 2. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບັນທຶກດ້ານພະຍາບານຂອງທ່ານ (ຕໍ່)

2. ທ່ານເຄີຍໄດ້ພົບທ່ານໝໍອື່ນຄົນໃດຄົນນີ້ ຕັ້ງແຕ່ເງື່ອນໄຂຄວາມບໍ່ສາມາດຂອງທ່ານເລີ້ມບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
ທ້າແມ່ນ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ຊື່ທ່ານໝໍ	3. ເລກໄທຮະສັບ (ຜ່ອມທັງ ເອເລີ້ນໂຄດ) ()	ທ່ານພົບທ່ານໝໍນີ້ເຄື່ອບປານໄດ້?
ບ່ອນຢູ່		ວັນທີ <u>ທຳອິດ</u> ທີ່ທ່ານພົບທ່ານໝໍນີ້
ການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຊື່ງທ່ານມີໄດ້ກວດເບີ່ງ ຫລື ປື້ນປົວ		ວັນທີ <u>ສຸດທ້າຍ</u> ທີ່ທ່ານພົບທ່ານໝໍນີ້

ຂະນິດຂອງການປື້ນປົວ ຫລື ປາທີໄດ້ຮັບ (ຜ່າຕັດ, ການວາງປາເຄມີ, ການສ່ອງແສງຮັງສີ ແລະ ປາທີທ່ານກິນສໍາລັບການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ໄດ້ປື້ນປົວ ຫລື ປາ, ຂຽນ ບໍ່ມີ.

ຖ້າທ່ານເຄີຍພົບທ່ານໝໍເນັ້ນຕັ້ງແຕ່ການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບ, ຄັດຕິໜ້າເຈົ້າຜົ້ນມາກັບລາຍລະອຽດຢູ່ວ້າງເທິງ.

3. ທ່ານເຄີຍນອນໄຮງໝໍ ຫລື ໄດ້ປື້ນປົວຢູ່ ຄຣິນິກ ສໍາລັບເງື່ອນໄຂຄວາມບໍ່ສາມາດຂອງທ່ານບໍ່?
ທ້າແມ່ນ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ຊື່ຂອງໄຮງໝໍ ຫລື ຄຣິນິກ	ບ່ອນຢູ່
ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ	
ທ່ານເປັນຄົນເຈັບອນໄຮງໝໍ (ຢ່າງນັບໄດ້ອນຄືນນີ້ບໍ່)? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ທ້າແມ່ນ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.	ທ່ານເປັນຄົນເຈັບໄປໄຮງໝໍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ທ້າແມ່ນ, ການໄປຂອງທ່ານວັນທີໄດ້?
ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ	ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ

ການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຊື່ງທ່ານມີ ແລະ ໄດ້ກວດເບີ່ງ ຫລື ປື້ນປົວ

ຂະນິດຂອງການປື້ນປົວ ຫລື ປາທີໄດ້ຮັບ (ຜ່າຕັດ, ການວາງປາເຄມີ, ການສ່ອງແສງຮັງສີ ແລະ ປາທີທ່ານກິນສໍາລັບເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ໄດ້ປື້ນປົວ ຫລື ປາ. ຂຽນ ບໍ່ມີ.

4. ຖ້າທ່ານເຄີຍໄປໄຮງໝໍ ຫລື ຄຣິນິກ ສໍາລັບການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້:
ທ້າແມ່ນ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ຊື່ຂອງໄຮງໝໍ ຫລື ຄຣິນິກ	ບ່ອນຢູ່
ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ	
ທ່ານເປັນຄົນເຈັບອນໄຮງໝໍ (ຢ່າງນັບໄດ້ອນນີ້ຄືນບໍ່)? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ທ້າແມ່ນ, ຕອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.	ທ່ານເປັນຄົນເຈັບໄປໄຮງໝໍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ທ້າແມ່ນ, ການໄປຂອງທ່ານວັນທີໄດ້?
ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ	ຄົນເຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບັ້ນ

ການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຊື່ງທ່ານມີໄດ້ກວດເບີ່ງ ຫລື ປື້ນປົວ

ຂະນິດຂອງການປື້ນປົວ ຫລື ປາທີໄດ້ຮັບ (ຜ່າຕັດ, ການວາງປາເຄມີ, ການສ່ອງແສງຮັງສີ ແລະ ປາທີທ່ານກິນສໍາລັບການເຈັບໄຂ້ ຫລື ບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ໄດ້ປື້ນປົວ ຫລື ປາ. ຂຽນ ບໍ່ມີ.

ພາກທີ 2. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບັນທຶກດ້ານພະຍາບານຂອງທ່ານ (ຕຳ)

ທ້າທ່ານເຄີຍໄດ້ປ່ອໄຮງໝໍ ຫລື ຄຣິນິກ ອື່ນສໍາລັບການຈັບໄວ້ ຫລື ບາດຈັບຂອງທ່ານ, ໃຫ້ອຽນຊື່, ບ່ອນຢູ່, ຄົມຈັບ ຫລື ຄຣິນິກ ນ້ຳເບີ້, ວັນທີ ແລະ ໜາດຜົນ ໄສ່ໃນ ພາກ 6. ຫລື ຕິດຕັດຜົນໜ້າເຈັ້ນມາ.

5. ທ່ານເຄີຍໄດ້ກວດສອບປ່າງໄດ້ປ່າງນີ້ຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃນບີຜ່ານນາບ? ພາບບ່ອກທີ່ເໝາະສົມຢູ່ທາງລຸ່ມ ແລະ, ທ່ານຕອບວ່າ "ແມ່ນ", ໃຫ້ບ່ອນໄດ ແລະ ເນື້ອໄດກວດສອບແລ້ວ.

ການກວດ	ແມ່ນ	ບໍ່	ຮັດແລວຢູ່ໃສ	ຮັດແລວເມື່ອໄດ
ພາບຄື່ນຕົວໃຈ/ເສັ້ນບັນທຶກກະແສໄຟຟ້າທົວໃຈ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ສ່ອງໄຟຟ້ານ້າອົກ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ສ່ອງໄຟຟ້າອື່ນໆ (ບອກເຈາະຈົງ):	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ກວດການຫາຍໃຈ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ກວດເລືອດ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ອື່ນໆ (ບອກເຈາະຈົງ):	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

6. ທ້າທ່ານມີບັດພະຍາບານ (Medicaid card), ນ້ຳເບີ້ ຂອງທ່ານແມ່ນຫຼັງ: _____

ພາກທີ 3. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບກິຈກັນຂອງທ່ານ

1. ທ່ານໝໍຂອງທ່ານໄດ້ບອກທ່ານຫຼຸດລົງ ຫລື ຈຳກັດກິຈກັນຂອງທ່ານອອກໃນທາງໄດ້ທາງນີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
ທ້າແມ່ນ, ບອກຊື່ຂອງທ່ານໝໍຢູ່ທາງລຸ່ມ ແລະ ບອກວ່າລາວ ຂາຍ ຫລື ຍິງ ໄດ້ບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຫຼຸດລົງ ຫລື ຈຳກັດ
2. ອະທິບາຍກິຈກັນປະຈຳວັນຂອງທ່ານໃນຂອບເຂດຕໍ່ໄປນີ້ ແລະ ກ່າວແມ່ນຫຼັງ ແລະ ແຕ່ລະປ່າງທ່ານຮັດຫລາຍປານໄດ ແລະ ທ່ານຮັດນັ້ນເລື້ອຍປານໄດ.
- ການຮັດວຽກເຮືອນຕ່າງໆ (ພ້ອມທັງຮັດກິນ, ແຮດຄວາມສະອາດ, ໄປຊື້ເຄື່ອງ ແລະ ວຽກຕາມເຮືອນບາງປ່າງ)
 - ກິຈກັນການເລືອນເລົງ ແລະ ມັກຮັດປານວ່າງ (ຫລັ້າສັດ, ຕິກປາ, ຫັ້ນໄລລົງ, ປິນຸພາ, ເຄື່ອງຫັ້ນດິນຕົຮີ, ຕໍ່ງໄປ.)
 - ພົວພັນດ້ານສັງຄົມ (ໄປຢັ້ງປານກັບໝູ່ຜູ້ອື່ນ, ຍາດີນັ້ນອູງ, ຜູ້ອື່ນບ້ານ)
 - ອື່ນໆ (ຂັບຄົດ, ອິດຈັກ, ຂີ່ອິດເມ, ຕໍ່ງໄປ.)

ພາກທີ 4. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ

1. ທ່ານຈົບໄຮງຮຽນຂັ້ນສູງສຸດຂອງທ່ານແມ່ນຫຼັງ? _____ ບີໄດ? _____
2. ທ່ານໄດ້ເຄີຍໄປໄຮງຮຽນຄ້າຂາຍ ຫລື ວິຊາຊີບ ຫລື ເຄີຍມີການຝຶກຫັດພິສະດປ່າງໄດປ່າງນີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
ທ້າແມ່ນ, ຖອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ຂະນິດຂອງໄຮງຮຽນຄ້າຂາຍ ຫລື ຜຶກຫັດວິຊາຊີບ ຫລື ການຝຶກຫັດ	ວັນທີຮັບວ່າງທ່ານເຂົ້າຮຽນ
--	--------------------------

ໄຮງຮຽນນີ້ ຫລື ການຝຶກຫັດຖືກນຳນາໃຊ້ໃນວຽກງານປ່າງໄດປ່າງນີ້ທີ່ທ່ານຮັດປ່າງໄດ

ພາກທີ 5. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວຽກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັດ

1. ຂຽນວຽກທຸກປ່າງທີ່ທ່ານເຄີຍຮັດໃນ 15 ປີ ຫລັງກ່ອນທ່ານຢູ່ຮັດວຽກ, ເລີ່ມຕົ້ນກັບວຽກປົກກະຕົວຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ຄວາມໝາຍວ່າຊະນິດຂອງວຽກທີ່ທ່ານຮັດດິນທີ່ສຸດ. ຖ້າທ່ານມີການສຶກສາຊັ້ນ 6 ທີ່ ພັນຍາກວ່າ, ແລະ ໄດ້ຮັດວຽກກຳມະກອນອອກຮືອແຮງທີ່ບໍ່ມີອາຊີບເຖິງນັ້ນສໍາລັບ 35 ປີ ທີ່ ຫລັງກວ່ານັ້ນ, ຂຽນວຽກທຸກປ່າງທີ່ທ່ານມີມາຕັ້ງແຕ່ທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຮັດວຽກ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຕົ້ມ, ຄັດຕິບໜ້າເຈັ້ນຜົ່ນ ທີ່ ໃຊ້ພາກທີ່ 6 ປ່າງໃດປ່າງນີ້.

ໜ້າທີ່ຂອງວຽກ	ຊະນິດຂອງຫຼະກິດ	ຈາກ	ເຖິງ	ນັ້ນທ່າທິດ	ຄ່າຈ່າຍ (ຕໍ່ຂົວໄມງ໌, ມື້, ອາທິດ, ເດືອນ, ທີ່ປີ)

2A. ໃນວຽກງານປົກກະຕົວຂອງທ່ານທີ່ຂຽນໄວ້ຂ້າງເຕີງ, ທ່ານເຄີຍໄດ້:

ໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງນີ້ ທີ່ ອຸປະກອນຊະນິດໃດຂະນິດນີ້ບໍ່?

ໃຊ້ຄວາມຮູ້ທີ່ມີເຫັກນິກ ທີ່ ວິຊາຂີບບໍ່?

ຮັດການຂຽນຕ່າງໆ, ລາຍງານປ່າງຄົບຖ້ວນ ທີ່ ຮັດໜ້າທີ່ຄ້າບຄືກັນບໍ່?

ກຳກັບຄວາມຮັບຜິດຊອບບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

2B. ອະທິບາຍທຸກຄຳຕອບວ່າ ແມ່ນ ໄດຍໃຫ້ອະທິບາຍທຸກປ່າງຂອງ: ຊະນິດເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງນີ້ ທີ່ ອຸປະກອນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຊ້ ແລະ ການຮັດວຽກແຫ້ຈິງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັດ; ຄວມຫັງຄວາມຮູ້ທາງເຫັກນິກ ທີ່ ວິຊາຂີບ; ຊະນິດຂອງການຂຽນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັດ ແລະ ລາຍງານຄວາມຈິງຂັ້ນໃດ; ແລະ ຈຳນວນຄົນທີ່ທ່ານກຳກັບ ແລະ ຂອບຂອດຂອງການກຳກັບຂອງທ່ານ.

2C. ອະທິບາຍຊະນິດຈຳນວນກິຈກັນທີ່ໃຊ້ຮືອແຮງຂອງທ່ານ ຕາມທຳມະດາທີ່ພົວພັນເປັນມື້ໄດຍໃຫ້ໝາຍເອົາຄຳຕອບດີທີ່ສຸດຢູ່ທ່າງລຸ່ມ.

ມີຈັກຂົວໄມງ໌ຕົ້ມທີ່ທ່ານໄດ້:

ຢ່າງ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
ຍືນ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
ນັ່ງ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

ແຕ່ລະມື້ເລື້ອຍປານໄດ້ທ່ານ:

ວິດ?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ບາງຄູ້ງ	<input type="checkbox"/> ເລື້ອຍໆ	<input type="checkbox"/> ຮັດບໍ່ຂາດ
	<input type="checkbox"/> ບໍ່	<input type="checkbox"/> ບາງຄັ້ງ	<input type="checkbox"/> ເລື້ອຍໆ	<input type="checkbox"/> ຮັດບໍ່ຂາດ

ບົກຂຶ້ນ ແລະ ຖືປະ: ອະທິບາຍວ່າໄດ້ບົກຫົ້ງ ແລະ ຖືມນໄປໄກເຕີ່ງໄດ້.

ທ່ານຍົກນ້ຳໜັກຫລາຍທີ່ສຸດເຖິງ?

10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. ຫລາຍກວ່າ 100 lbs.

ທ່ານຍົກນ້ຳໜັກ ທີ່ ຖືປະເລື້ອຍປານໄດ້?

ຂັ້ນຮອດ 10 lbs. ຂັ້ນຮອດ 25 lbs. ຂັ້ນຮອດ 50 lbs. ຫລາຍກວ່າ 50 lbs.

ພາກທີ 6. ຂໍສັງເກດ

1. ໃຊ້ຂໍ້ວດນີ້ສໍາລັບເປັນບ່ອນເຜີ້ມເຜື່ອຕອບຄໍາຖາມທຸກຢ່າງຜ່ານມາ. ໃຫ້ໃຊ້ບ່ອນນີ້ເຜື້ອເອົາລາຍລະອຽດໃຫ້ເຜີ້ມຄືກັນ ທີ່ທ່ານຄິດວ່າຈະເປັນການຊ່ວຍທີ່ດີໃນການ
ຕັດສິນໃຈການຮຽກຮ້ອງເອົາຄວາມພິການຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການເຈັບໄຂ້ອັນອື່ນ ຫລື ບາດເຈັບທີ່ບໍ່ຢູ່ໃວ້ຜ່ານມາ.)

- ແມ່ນ ບໍ່
2. ຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາປາກພາສາອ່າງກີດໄດ້ບໍ່? ຖ້າບໍ່, ລາວ ຊາຍຍິງ ປາກພາສາຫຼັງ:
3. ຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາຕ້ອງການຊ່ວຍການກະທຳຮຽກຮ້ອງເອົາຂອງລາວ ຊາຍ ຫລື ຍິງບໍ່?
ທ້າຕ້ອງການໃຫ້ບອກຊື່, ຄວາມສໍາຜັນ ແລະ ເຄີໂທຮະສັບ ຂອງຜູ້ມີຈຸດປະສົງປາກຊ່ວຍຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ.
4. ຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາສາມາດຕິດຕໍ່ຫາໄດ້ທາງ ໄທຮະສັບ ໄດຍບໍ່ມີບັນຫາຫຼັງກັບດ້ານພາສາ
ປາກເວົ້າ ຫລື ບັນຫາຮູ້ບິນບໍ) ?
5. ໝາຍສຶ່ງທີ່ມີຄວາມຫຼັງບາກຢູ່ທາງໆ, ຖ້າມີອັນໄດ, ຖືກສັງເກດເບິ່ງຂອນສໍາພາດຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາ.
 ອ່ານ ຂົນ ຕອບຄໍາຖາມ
 ນັງ ຄວາມເຂົ້າໃຈ ໃຊັ້ນ
 ການເຫັນ ບ່າງ ອື່ນງ (ບອກເຈາະຈົງ):
 ຖ້າລາຍການອັນໄດຢູ່ຂ້າງເທິງນັ້ນຖືກໝາຍ, ອະທິບາຍຄວາມຫຼັງບາກທີ່ມີວັນອັນແນ່ນອນ:
6. ອະທິບາຍຜູ້ຮຽກຮ້ອງເອົາທຸກປ່າງ (ການຮັດທົ່ວໄປ, ສູງ, ນ້ຳໜັກ, ການປະືດກ, ສຶ່ງໃດທີ່ເຜີ້ມຄວາມຫຼັງບາກ ຫລື ສຶ່ງເຜີ້ມຂຶ້ນບັນທຶກຂ້າງເທິງເຫຼົ່ານັ້ນ):

ລາຍເຊັນພະນັກງານຊ່ວຍດ້ານສັງຄົມ	ວັນທີ	ໜ້າທີ